

COOPERATIVA DE CREDITO CORVINDE

CALLE 39 B No. 19-10 BOGOTA D.C.

TEL 3406787 CEL 313349 97 57/3132516443/3214538258

Servicioalcliente@corvinde.com.co



CORVINDE
Cooperativa de Crédito



FUNCEYDES®
FUNDACIÓN CENTRO DE EDUCACIÓN
Y DESARROLLO SOLIDARIO

FORMATO DE INSCRIPCION PARA CURSO BASICO DE COOPERATIVISMO VIRTUAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO

Día

Mes

Año

DATOS BASICOS DEL ASOCIADO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE DOCUMENTO

C.C.

C.E.

T.I.

No. _____

FECHA DE EXPEDICIÓN:

Día

Mes

Año

SEXO M F

FECHA DE NACIMIENTO:

Día

Mes

Año

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____

PERSONAS A CARGO: _____

No. DE HIJOS: _____

NIVEL DE ESTUDIOS:

PRIMARIA

SECUNDARIA

TÉCNICO

PREGRADO

POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN

OTRO CUAL? _____

PROFESIÓN: _____

HA REALIZADO CURSOS DE COOPERATIVISMO

SI

NO

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____

ESTRATO _____

TEL.: _____

CELULAR: _____

CIUDAD: _____

DEPTO.: _____

E-MAIL: _____

Para fundamentar el concepto de pertenencia hacia mi Cooperativa, voluntariamente me inscribo al Curso Básico de Cooperativismo en la modalidad Virtual según convenio entre CORVINDE y la Fundación Centro de educación y desarrollo solidario FUNCEYDES, el cual tiene un costo de \$ 15.000 que CORVINDE asume con cargo al fondo de Educación y es totalmente gratuito para el asociado.

Declaro que en caso de inscribirme y no seguir la indicaciones por parte de FUNCEYDES para obtener el certificado en el tiempo dispuesto para tal fin (10 días una vez FUNCEYDES le confirme la inscripción), autorizo a CORVINDE para que cargue a mi cuenta el valor de dicho curso y en tal caso este formato es válido como soporte de la obligación.

NOMBRE DEL ASOCIADO (A)

FIRMA DEL ASOCIADO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD